



REGIONE DEL VENETO

GIUNTA REGIONALE

Direzione Risorse Umane e Formazione S.S.R.



AVVISO DI ISCRIZIONE

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 542 del 23/09/2010, sono aperti i termini per la presentazione delle domande di ammissione al corso denominato:

**“MODULO FACOLTATIVO TEMATICO INTEGRATIVO
IN ASSISTENZA ODONTOIATRICA”
PERCORSO “STRAORDINARIO”
(Legge regionale 16.8.2001, n. 20)**

L'accesso alla presente iniziativa formativa ha carattere facoltativo e sarà replicata per un periodo non superiore a tre anni complessivi.

1 - REQUISITI DI ACCESSO

Possono presentare domanda di ammissione coloro i quali sono in possesso del diploma della scuola dell'obbligo e di un biennio lavorativo in ambito odontoiatrico sia pubblico che privato, svolto in Italia, in regime di dipendenza. Durante tale periodo devono essere state eseguite mansioni assimilabili alle attività specifiche previste nella *“formazione facoltativa tematica integrativa in assistenza odontoiatrica”*.

Il biennio lavorativo deve essere stato maturato nel quinquennio precedente alla data del 03.08.2010.

L'attività lavorativa dovrà essere dimostrata producendo apposita dichiarazione sostitutiva rilasciata dal legale rappresentante della struttura pubblica o dello studio odontoiatrico privato. In luogo di quest'ultimo documento potrà essere presentata documentazione comprovante il rapporto di lavoro (ad es.: copia delle buste paga, del contratto di lavoro, delle lettere di assunzione, copia del Libro Unico del Lavoro, ecc.).

Il titolo di studio e gli eventuali ulteriori documenti potranno essere prodotti in originale o in copia autocertificata ai sensi dell'art. 19 del DPR 445/2000. In tale caso in calce alle copie dovrà essere riportata la seguente dicitura *“Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara la conformità all'originale del presente documento”*. Tale dichiarazione deve essere sottoscritta o in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, o sottoscritta e inviata unitamente a fotocopia non autenticata di documento di identità valido del sottoscrittore.

Il titolo di scuola media inferiore conseguito in altri Paesi dovrà essere prodotto e corredato di traduzione ufficiale in lingua italiana, integrato dalla dichiarazione di valore, in stesura originale o copia autenticata, rilasciata dalla rappresentanza italiana competente per territorio nel paese di origine.

L'Amministrazione è tenuta a verificare, anche a campione, quanto dichiarato e prodotto dal candidato. Qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato o prodotto, il candidato decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.

2 – SCOPO DEL CORSO

L'operatore che ha frequentato con esito positivo il “Modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza odontoiatrica” - percorso “straordinario”, sarà in grado di eseguire le specifiche attività di seguito elencate:

- § accogliere ed aiutare i pazienti a sentirsi a proprio agio durante e dopo i trattamenti;
- § assistere ed aiutare l'odontoiatra nelle attività proprie dell'odontoiatria, compresa l'ortodonzia, pedodonzia, chirurgia orale e paradontologia;
- § coadiuvare e fornire ausilio all'odontoiatra durante la presa d'impronta delle arcate dentarie e per l'attuazione di una completa diagnosi mediante fotografie e radiografie endo ed extra orali;
- § compilare il questionario anamnestico predisposto dall'odontoiatra;
- § rilevare alcuni parametri quali il battito cardiaco, la pressione arteriosa omerale, secondo protocolli specificatamente predisposti dall'odontoiatra;
- § utilizzare protocolli appositamente predisposti dall'odontoiatra per fornire al paziente informazioni utili ad affrontare con il minor disagio possibile gli interventi - trattamenti;
- § utilizzare protocolli, appositamente predisposti dall'odontoiatra, per insegnare ai pazienti le tecniche per il mantenimento della salute oro-dentale (tecniche di spazzolamento, autocontrollo della placca batterica e del tartaro, uso del filo interdentale);
- § coadiuvare l'odontoiatra al fine di organizzare i soccorsi per le emergenze che si potrebbero verificare durante l'attività dello stesso contribuendo al soccorso dei pazienti con il rilevamento di pressione arteriosa e polso secondo protocolli predisposti dall'odontoiatra stesso;
- § provvedere alla sanificazione ed alla sanitizzazione ambientale con raccolta e stoccaggio dei rifiuti sanitari differenziati ed alla pulizia e sterilizzazione di strumenti ed attrezzature, utilizzando protocolli adeguatamente predisposti dall'odontoiatra;
- § svolgere attività di segreteria, tenere i contatti, su delega dell'odontoiatra, con i fornitori di materiali, dispositivi medici e attrezzature.

3 – MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE

La domanda di ammissione, redatta in carta semplice secondo lo schema allegato e debitamente sottoscritta, potrà essere spedita a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento o consegnata a mano al seguente indirizzo: **Via Gianella, 1 37045 Legnago (VR)**, entro il giorno **30 ottobre 2010** al protocollo generale dell'Azienda Ulss 21 di Legnago - indirizzo via Gianella, 1 37045 Legnago (VR) – da Lunedì a Giovedì dalle 9,00 alle 15,00 e il Venerdì dalle 9,00 alle 12,30.

La data di spedizione della domanda è comprovata dal timbro a data apposto dall'Ufficio Postale accettante. All'esterno della busta deve essere espressamente riportata l'indicazione *“contiene domanda di partecipazione al modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza odontoiatrica” – percorso “straordinario”*.

L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni da parte del richiedente, oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda.

Le domande che non contengano tutti i documenti previsti, non saranno ritenute valide ai fini dell'ammissione al modulo formativo.

4 – AMMISSIONE

Qualora il numero delle domande preveda l'attivazione di più moduli, l'ammissione degli aspiranti avverrà secondo le modalità individuate dall'azienda sede dell'iniziativa formativa.

Nel caso in cui il numero delle domande non giustifichi l'attivazione di un modulo, sarà possibile procedere all'inserimento dei partecipanti presso aziende sanitarie viciniori che hanno disponibilità di posti.

Dell'ammissione e della sede del corso verrà data comunicazione mediante posta ordinaria.

Prima dell'inizio del corso sono previsti gli accertamenti medico-sanitari e le misure preventive ai sensi delle vigenti disposizioni.

5 – DURATA DEL CORSO E FREQUENZA

La durata dell'iniziativa è di mesi 5 e si concluderà con un esame finale.

Il percorso formativo è costituito da n. 200 ore di teoria (50 ore di esercitazione e n. 100 ore di tirocinio sono riconosciute come credito formativo).

La frequenza è obbligatoria. Non sono ammessi a sostenere la prova di valutazione finale coloro i quali abbiano accumulato, anche per giustificati motivi, un numero di assenze superiori al 10% del monte ore complessivo.

Non sono altresì ammessi a sostenere la prova di valutazione finale coloro i quali abbiano riportato anche una sola valutazione negativa nelle discipline oggetto di studio.

In caso di valutazione negativa all'esame finale è possibile la ripetizione del modulo per una sola volta.

Nei casi in cui la frequenza venga interrotta per gravi e/o giustificati motivi, è consentita l'iscrizione ad un corso successivo, se previsto, senza riconoscimento di crediti formativi.

6 – COSTO

La quota di iscrizione e frequenza è stabilita in €700,00 e dovrà essere versata con le seguenti modalità: direttamente presso qualsiasi sportello di cassa delle varie sedi dell'Azienda Ulss 21.

7 – SEDE DI SVOLGIMENTO DEL CORSO

L'attività formativa avrà luogo presso la sede ospedaliera di Legnago in via Gianella, 1 37045 Legnago (VR).

In presenza di un numero insufficiente di candidati per l'attivazione dei corsi, è possibile il trasferimento dei medesimi presso aziende sanitarie vicine che hanno attivato i corsi stessi. Della variazione della sede formativa verrà data apposita comunicazione.

8 – TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D.lgs n. 193/2003 i dati personali forniti dai candidati e formati successivamente saranno raccolti e trattati presso unicamente per le finalità di gestione del corso formativo.

L'interessato gode dei diritti di cui al titolo II parte I del D.Lgs 196/03. Il trattamento dei dati personali forniti dai candidati sarà effettuato nel rispetto dei principi di cui all'art. 18, capo II del D.Lgs 196/03.

9 – ULTERIORI INFORMAZIONI

Ulteriori informazioni e/o chiarimenti potranno essere richiesti a Az. Ulss 21, Sezione Formazione e Biblioteca alla Responsabile Sig.ra Rossini Monica – tel. 0442 622662 (monica.rossini@aulsslegnago.it) e a Sig.ra Zerbinato Lidia – tel. 0442 622130 (lidia.zerbinato@aulsslegnago.it) - fax 0442 622998 – sito internet www.aulsslegnago.it.

10 - INDICAZIONI FINALI

La partecipazione al corso comporta l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso, nonché di quelle che disciplinano lo svolgimento del Modulo Facoltativo Tematico Integrativo in Assistenza Odontoiatrica di cui ai provvedimenti di Giunta regionale n. _____ del _____.

IL DIRETTORE GENERALE _____

data _____

ALLEGATO ALL'AVVISO – FAC-SIMILE

OGGETTO: domanda di ammissione al “Modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza odontoiatrica” - percorso “straordinario”
Avviso prot. n. _____

All' Azienda Sanitaria

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____ Codice Fiscale: _____ chiede a codesta Azienda Sanitaria di essere ammesso/a al **Modulo facoltativo tematico integrativo in assistenza odontoiatrica – percorso “straordinario”**.

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

d i c h i a r a

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o produzione di atti falsi, quanto segue:

- § di essere nato/a a _____ il _____
- § di essere residente a _____
- § di essere in possesso del titolo di studio di: _____ rilasciato da _____ in data _____
- § di aver svolto attività lavorativa in regime di dipendenza dal _____ al _____ presso _____, come da certificato/dalla documentazione allegata
- § di svolgere attività lavorativa in regime di dipendenza dal _____ al _____ presso _____, come dal certificato/dalla documentazione allegata.

Allega alla presente:

- § fotocopia documento di identità in corso di validità;
- § _____
- § _____
- § un elenco in carta semplice dei documenti presentati;

Recapito per comunicazioni:

indirizzo: _____

Tel. e fax _____ indirizzo e-mail: _____

Luogo e data, _____

FIRMA _____

(la sottoscrizione non necessita di alcuna autentica)

INFORMATIVA

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 si informa che il trattamento dei dati personali forniti in sede di partecipazione al modulo facoltativo è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività di gestione del corso e saranno trattati anche con strumenti informatici. Il conferimento dei dati è necessario per valutare i requisiti di partecipazione ed il possesso di titoli e la loro mancata indicazione può precludere tale valutazione.

Ai partecipanti sono riconosciuti i diritti di cui al citato decreto legislativo 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Il titolare del trattamento è _____

Il responsabile del trattamento è _____

FIRMA

Data _____

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

All' Azienda Sanitaria

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____ nato/a a
_____ il _____ residente a
_____ Via _____ n. _____
CAP _____, in qualità di legale rappresentante di _____
_____ con sede a _____
_____, codice fiscale/partita IVA
_____, *sotto la propria responsabilità e consapevole
delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e
dichiarazioni mendaci,*

dichiara

che il/la Sig./Sig.ra (cognome/nome) _____ nato/a a
_____ il _____ e residente a _____ via
_____ n. _____, dal _____ fino a tutt'oggi, svolge le mansioni di cui alla DGR
2903 del 29 settembre 2009, in regime di dipendenza.

(oppure)

dal _____ fino al _____, ha svolto le mansioni di cui alla DGR 2903 del 29 settembre 2009,
presso la struttura da me rappresentata, in regime di dipendenza.

Luogo e data _____

Firma e Timbro
